**心血管カテーテル治療専門医**

申請書類番号⑤（メールでPDFを送付する書類）

**技能評価インフォームドコンセント（IC）証明書**

**日本心血管インターベンション治療学会**

**専門医認定医制度審議会 委員長　殿**

当院　　　　　　　科　　　　　　　　　　医師は、

カテーテル治療専門医技能評価において、

症例番号：　1　・　２　・　３　（該当する症例番号に〇をつけてください）

の患者へのPCI治療に関するインフォームドコンセント（IC）および技能評価に

関する説明を適切に行っていることを証明します。

　年　　　月　　　日

施　設　名：

証明者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

* 証明者氏名は、診療科責任医師または、CVIT研修施設・研修関連施設の施設代表医のいずれかの署名とする。
* 受験者が診療科責任医師の場合の証明者は施設長とする。
* 施設長の氏名（自署）の隣に施設の公印または、法人印を必要とする。
* 診療科責任医師の氏名（自署）の場合は、個人印でも可とする。